



## TERMES DE REFERENCE

# Expertise Technique Internationale à court terme Mission d'évaluation mi-parcours du projet Urgences hospitalières en appui à la lutte contre les trois pandémies Paludisme, Tuberculose et VIH/SIDA

**Référence** : Consultant International court terme

**Domaine** : Santé / Renforcement des systèmes de santé / Gouvernance

**Pays** : République de Guinée

**Durée estimative de la mission** : 45 jours

**Intitulé de la mission** : Expert (e) court terme – **Mission d'évaluation à mi-parcours du projet « Urgences hospitalières en appui à la lutte contre trois pandémies Paludisme, Tuberculose et VIH/SIDA »**



## Table des matières

<b>1. Contexte</b>	3
a. Présentation d'Expertise France	3
b. Intervention d'Expertise France en Guinée	3
<b>2. Historique du projet</b>	3
a. Le passage à l'échelle d'un projet pilote aux acquis significatifs	6
b. Un momentum favorable aux urgences hospitalières en Guinée	7
<b>3. Présentation du projet urgences hospitalières</b>	8
a. Objectifs spécifiques	8
b. Résultats attendus	8
<b>4. Les principaux résultats depuis le démarrage du projet</b>	9
a. Transversale	9
b. Composante 1 : Amélioration de la qualité de la prise en charge des urgences vitales liées aux trois pandémies	9
c. Composante 2 : Prises en charge précoces et du suivi post-urgences	10
d. Composante 3 : Etudes et Recherche	11
<b>5. Objectifs de l'évaluation à mi-parcours</b>	11
e. Objectif général	11
f. Objectifs spécifiques	11
g. Critères et questions d'évaluation	12
h. Méthodologie et durée du travail	14
i. Rôles du consultant	16
j. Composition de l'équipe	Erreur ! Signet non défini.
k. Livrables attendus	16
l. Langues	16
<b>6. Exigences du poste/profil du consultant</b>	16
a. Profil du consultant	16
b. Documents à mettre à la disposition de l'expert	17
c. Documents à fournir par l'expert	18
d. Date de mission	18
<b>7. Budget et rémunération</b>	19

## 1. Contexte

### a. Présentation d'Expertise France

**Expertise France** est l'agence publique de la coopération technique internationale.

L'agence intervient autour de quatre axes prioritaires :

1. Gouvernance démocratique, économique et financière ;
2. Stabilité des pays en situation de crise / post-crise et sécurité ;
3. Lutte contre le dérèglement climatique et développement urbain durable ;
4. Renforcement des systèmes de santé, protection sociale et emploi.

### b. Intervention d'Expertise France en Guinée

Expertise France est une Agence publique et un acteur clé de la coopération technique internationale, qui fait partie du groupe de l'Agence Française de Développement (groupe AFD). Elle intervient sur des domaines clés du développement et contribue aux côtés de ses partenaires à la concrétisation des objectifs de développement durable (ODD) pour un monde en commun.

L'Agence Expertise France (EF) est présente en Guinée depuis 2015 dans le secteur de la santé. L'Agence a mis en œuvre un portefeuille de projets sur fonds français et européens, en faveur de la sécurité sanitaire internationale (lutte contre les maladies à potentiel épidémique, prévention et contrôle des infections en milieu hospitalier, renforcement des capacités des laboratoires, renforcement du système de santé ...).

L'ensemble des activités dans le domaine de la santé développé par EF en Guinée s'inscrit dans le cadre de la politique nationale de santé et du plan national de développement sanitaire guinéen. Par ailleurs, EF répond également aux priorités de la feuille de route politique du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), qui définit 5 axes : la santé communautaire, la réorganisation des urgences hospitalières, la lutte contre les épidémies et la préparation à la gestion des crises.

Depuis janvier 2024, EF met en œuvre le projet « Urgences hospitalières en appui à la lutte contre trois pandémies Paludisme, Tuberculose et VIH/SIDA », d'une durée de quatre ans, sur un financement de L'Initiative à hauteur de 5.022.055 €.

## 2. Historique du projet

Malgré les améliorations perceptibles des indicateurs de santé du pays ces dernières années (mortalité maternelle en diminution de 24 % et passage de l'espérance de vie de 58 à 61 ans entre 2014 et 2020<sup>1</sup>), le système de santé guinéen présente des faiblesses persistantes : anomalies dans la gestion des approvisionnements, plateau technique obsolète, allocation insuffisante et inadéquate des ressources humaines, faiblesse du budget de la santé... Dans le

---

<sup>1</sup> Institut national de la statistique, rapport « La Guinée en chiffre » 2020.

même temps, les pandémies de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme continuent de représenter un fardeau significatif pour les populations guinéennes, une réalité tangible au sein des urgences hospitalières qui reçoivent les complications liées à ces 3 maladies, ainsi que les patients PVVIH et tuberculose présentant des maladies chroniques (diabète, hypertension...).

En 2022, environ 42 500 patients ont été admis dans les services des urgences des 10 hôpitaux cibles. Moins de 5 % des consultations aux urgences sont issues d'un référencement préalable issu d'un niveau inférieur de la pyramide sanitaire. Le taux de décès aux urgences est en moyenne de 1,4 %<sup>2</sup>.

En l'absence de données précises et désagrégées sur les causes de consultation aux urgences, des entretiens qualitatifs avec plusieurs chefs de service des urgences en Guinée ont toutefois dégagé une tendance différenciée selon le genre. Les hommes seraient davantage concernés par les polytraumatismes, du fait de facteurs sociaux et culturels : les hommes conduisant davantage que les femmes, ils sont plus exposés aux accidents de la route. Ils seraient également plus enclins à adopter des comportements à risque comme la consommation d'alcool ou de drogues. Dans le même temps, l'accès des femmes à des soins de première intention peut être empêché du fait de leurs responsabilités familiales (garde d'enfants) ou de leurs faibles capacités financières, ce qui peut conduire à une aggravation des pathologies qu'elles rencontrent et ainsi à une utilisation plus importante des urgences.

### ***Paludisme***

Le paludisme est la première cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans et représente la cause de 45 % des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques. En 2022, le paludisme constituait la première cause de morbidité hospitalière (36 % selon l'EIPAG<sup>3</sup>). La même année, le secteur public a enregistré 152 833 cas graves de paludisme (données DNEHPP, Ministère de la santé).

Les causes de ces décès sont liées aux retards dans la recherche de soins, à l'errance thérapeutique dus au recours à la médecine traditionnelle, à l'automédication ou aux faibles capacités financières. Si les politiques de gratuité sont censées couvrir les traitements, la survenue d'un paludisme sévère génère souvent des dépenses catastrophiques pour les patients touchés, liés à des facturations abusives, aux coûts de la transfusion sanguine en cas d'anémie ou encore aux dépenses de transport.

La qualité des soins prodigués a également un impact sur l'évolution clinique des patients admis avec un paludisme grave. Les symptômes des cas graves et les déterminants de l'évolution (âge, forme clinique, précocité de la prise en charge...) sont mal connus des médecins et infirmiers des urgences. Les protocoles de prise en charge ne sont pas pleinement maîtrisés par le personnel soignant.

---

<sup>2</sup> La désagrégation des données présentées dans cette partie n'est pas disponible.

<sup>3</sup> Enquête sur les Indicateurs du Paludisme et de l'Anémie en Guinée (EIPAG), 2021 : <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/4452>

Des améliorations dans le tri des patients, dans le diagnostic, dans l'application des guides pratiques de traitement, dans la surveillance et le suivi des cas, sont dès lors souhaitées afin de réduire la mortalité liée au paludisme et les complications iatrogènes. A titre d'exemple, la prise en charge du paludisme grave chez l'enfant, et notamment de l'anémie sévère, est freinée par l'indisponibilité des produits sanguins, ou par leur mauvaise qualité. En effet, la mobilisation des donneurs volontaires et non rémunérés, recommandée par l'OMS, est insuffisante sur tout le territoire national et conduit les structures de soins à s'appuyer sur les proches des patients pour les dons de sang. Les dons proviennent à 88 % de membres de la famille<sup>4</sup>. Par ailleurs, les dons familiaux sont qualifiés via des tests de dépistage rapide, ce qui pose un risque en matière de sécurité transfusionnelle. Le personnel des urgences, amené à manipuler des poches de sang, n'est pas formé à l'utilisation rationnelle du sang et à la sécurité transfusionnelle, ce qui peut conduire à des actes iatrogéniques aux urgences, voire à la transmission par voie sanguine du VIH/sida. Au premier semestre 2023, on compte 2 137 patients ayant bénéficié d'une transfusion sanguine aux urgences, contre 7 875 enfants transfusés en pédiatrie et 4 048 femmes dans les services de maternité.

Enfin, les délais nécessaires au diagnostic biologique peuvent être particulièrement longs, du fait de la faible coordination entre urgences et laboratoire de parasitologie ou de la discontinuité de la présence du personnel, tout particulièrement la nuit.

### ***Tuberculose***

Du fait de la faible couverture du traitement (55% selon le PNDS 2015-2024), les patients atteints de tuberculose peuvent rencontrer des complications nécessitant une admission aux urgences, notamment dans les cas de pleurésies abondantes avec détresse respiratoire. Dans ce contexte, le personnel soignant doit être formé à la détection des signes cliniques et radiologiques de gravité, ainsi qu'aux actes thérapeutiques recommandés (drainage pulmonaire, chimiothérapie antituberculeuse...). La radiographie n'étant pas couverte par la politique de gratuité de la Guinée, les patients peuvent différer sa réalisation du fait des coûts élevés impliqués.

Enfin, le risque infectieux pulmonaire lié à la présence de patients atteints de tuberculose est faiblement endigué au sein des urgences hospitalières : les patients ne sont pas systématiquement isolés en cas de suspicion de tuberculose, les soignants ne disposent pas toujours d'équipement de protection individuel. Les actes de radiographie permettant la pose du diagnostic peuvent être impossibles du fait d'insuffisance ou d'une panne d'équipement, de l'absence de radiologues ou de médecins pouvant interpréter le résultat.

### ***VIH/sida***

Malgré une augmentation rapide du nombre de PVVIH sous ARV, l'épidémie de VIH/sida est de type généralisé (prévalence à 1,7) et représente la cause de 9 % des consultations médicales<sup>5</sup>. Peu fréquentes, les admissions aux urgences pour cause de complications liées au

---

<sup>4</sup> Rapport annuel du Centre national de transfusion sanguine de Guinée, 2022.

<sup>5</sup> Plan national de développement sanitaire, 2014-2025.

VIH/sida sont liées à des infections opportunistes (tuberculose, toxoplasmose, candidoses, pneumocystose...) et à des insuffisances hépatiques, mal connues du personnel soignant des urgences. Cette méconnaissance peut générer des retards dans la prise en charge thérapeutique de ces pathologies, et *in fine*, dans le diagnostic du VIH/sida et le référencement post-urgences vers des services d'infectiologie adaptés. La riposte vis-à-vis du VIH avancé doit ainsi intégrer les urgences hospitalières qui sont susceptibles de recevoir et de traiter des cas tardifs.

Par ailleurs, pour les patients séropositifs, les mauvaises conditions d'accueil aux urgences hospitalières peuvent dissuader le recours aux soins en cas d'urgences vitales. Le non-respect de la confidentialité, faute de sensibilisation des soignants à cet enjeu ou bien faute d'infrastructures adaptées, pose un risque réel pour la sécurité des patients VIH+. Par ailleurs, toutes les catégories sociales se plaignent des problèmes de mauvais accueil, de comportements irrespectueux des agents de santé, de non écoute de leurs besoins, de jugements, critiques et violences verbales ainsi que de la divulgation du statut de santé des patients (requête de financement, Guinée, 2023).

Pour conclure, les dysfonctionnements des urgences hospitalières sont multiples : rareté des ressources humaines, faiblesse de la formation, indisponibilité des traitements ou des équipements biomédicaux, mauvaise organisation des soins... Ils conduisent à des retards de diagnostic, à une mauvaise prise en charge de ces pathologies, notamment du paludisme grave, et à des décès évitables. Les mauvaises conditions d'accueil aux urgences, liées à la vétusté des infrastructures, des équipements et à de mauvaises pratiques organisationnelles génèrent également une méfiance chez les usagers, dont l'hospitalisation tardive diminue les chances de rétablissement. Autrement dit, la faible qualité de l'offre de soins aux urgences a un impact négatif sur la demande. Enfin, en lien avec la faible connaissance du métier de médecin urgentiste ainsi que de la faiblesse des acteurs pré-hospitaliers, les urgences ne jouent pas leur rôle de triage et de répartition des patients dans les services adéquats. Les patients se rendent souvent spontanément dans le service qui correspond à leurs besoins immédiats, ce qui peut compliquer et allonger l'itinéraire thérapeutique.

#### **a. Le passage à l'échelle d'un projet pilote aux acquis significatifs**

Un premier projet pilote a été financé par le gouvernement français sur les crédits d'intervention des ministères de la santé et des affaires étrangères français pour un montant de 650.000 € d'octobre 2018 à juin 2022, soit une durée de 33 mois dans les régions de Labé, Kankan et Conakry. Ce projet avait pour objectif de renforcer les urgences pré, per et post hospitalière en Guinée dans 6 hôpitaux (Ignace Deen, Donka, Labé, Kankan, Siguiri et Ratoma) et d'ainsi participer à l'amélioration de la prise en charge des cas d'urgence et de la qualité des soins.

Le projet pilote a été jugé efficace par l'évaluation finale avec plus de 2 242 interventions réalisées par les services des urgences à Kankan et à Siguiri. Au moins 227 personnels de services des urgences ont été formés sur les urgences hospitalières dont 187 dans les hôpitaux

de Kankan et de Siguiri. Par ailleurs, le précédent projet a permis la mise en place de numéros verts dans ces hôpitaux et la pérennisation d'un dispositif ambulancier. La gestion rationnelle des ressources financières mobilisées par les urgences des deux services permet de rémunérer les équipes, d'assurer les réparations des ambulances et les paiements des carburants, de renouveler les stocks des médicaments et même d'épargner pour le compte des services des urgences, particulièrement à Siguiri. Les leçons apprises et les modalités de pérennité de ce projet seront prises en compte dans ce nouveau projet. Une des recommandations clés était notamment de structurer une filière de formation complémentaire et spécialisée à l'attention des personnels médicaux et paramédicaux des urgences.

Le projet pilote a abouti à la définition d'une stratégie nationale sur les urgences hospitalières et de son schéma directeur. Ce document constitue la pierre angulaire de ce nouveau projet : l'état des lieux ci-dessus correspond aux besoins qui y sont listés, et les axes d'intervention proposés ci-dessous correspondent aux orientations données par la stratégie nationale. Par ailleurs, la stratégie fixe un certain nombre de standards minimums en termes d'équipements et de personnels, sur lesquels le projet souhaite agir. Il faut toutefois rappeler que le budget de la stratégie nationale sur les urgences hospitalières s'élève à 636 millions € sur 10 ans : de ce point de vue-là, le présent projet n'a pas l'ambition de couvrir l'intégralité des besoins des urgences hospitalières en Guinée mais se présente comme un financement d'amorçage (ou catalytique). Il doit répondre à une partie des besoins, et est susceptible d'entraîner à sa suite d'autres financements plus importants.

#### **b. Un momentum favorable aux urgences hospitalières en Guinée**

Depuis le coup d'Etat du 5 septembre 2021 de nouvelles directives ont été assignées au Ministre de la Santé, à travers sa lettre de mission, par les autorités nationales de la transition qui ont fixé comme objectif du ministère de la santé de « renouer la confiance de la population avec son système de santé » dont le fer de lance est les urgences. Ainsi, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a fait de « la réorganisation des urgences hospitalières », premier point de contact des patients avec les prestataires de soins, une priorité comme indiqué dans la feuille de route fixée par les autorités en 2022. Dans cette perspective, le Ministre de la santé et de l'hygiène publique de la Guinée a envoyé le 14 octobre 2022 une requête officielle à l'ambassadeur de la France en Guinée pour un appui sur les urgences hospitalières.

Le contexte est ainsi favorable à la mobilisation des partenaires techniques et financiers sur la thématique des urgences hospitalières. Parmi ces initiatives, dont plusieurs sont en cours de négociation, on compte celle de la Banque mondiale, via l'achat d'une trentaine d'ambulances en 2023, ou encore celle de la Banque islamique de développement, positionnée pour le financement de la construction et l'équipement d'un centre national de régulation des urgences, à Donka (3,4 millions USD). Expertise France s'assure donc de travailler en étroite collaboration avec les actions portées par d'autres bailleurs, afin de trouver des synergies.

### 3. Présentation du projet urgences hospitalières

Le projet « **Urgences hospitalières en appui à la lutte contre les trois pandémies Paludisme, Tuberculose et VIH/SIDA** » vise à améliorer les indicateurs de santé, notamment ceux liés au paludisme, à la tuberculose et au VIH/sida, en renforçant les services d'urgences hospitalières en Guinée. Il a pour ambition d'optimiser la prise en charge des cas urgents associés à ces trois pandémies au sein des structures hospitalières du pays. Le projet s'étend sur 4 ans et a démarré depuis le 01/01/2024 et prend fin le 30/12/2027.

Pour répondre à cet objectif, le projet s'articule autour de trois axes d'intervention : l'amélioration de la qualité de la prise en charge des urgences vitales liées aux trois pandémies, le renforcement de la prise en charge précoces et du suivi post-urgences, ainsi que la production d'études et de recherches.

#### a. Objectifs spécifiques

- Améliorer la qualité de la prise en charge des urgences vitales liées aux trois pandémies à travers le renforcement des ressources humaines en santé et l'amélioration des conditions d'accueil, dans une approche sensible au genre ;
- Favoriser la prise en charge précoce et le suivi post-urgences des cas d'urgences vitales liées aux trois pandémies, à travers l'amélioration du référencement et du suivi communautaire ;
- Contribuer à la prise de mesures correctrices en faveur d'une prise en charge de qualité des urgences vitales liées aux trois pandémies, en informant les acteurs techniques et politiques hospitaliers, à travers des études scientifiques.

#### b. Résultats attendus

- R1 : Les ressources humaines en santé sont durablement renforcées concernant la prise en charge des urgences vitales, y compris pour les cas liés aux trois pandémies, selon une approche sensible au genre.

Les activités de création d'un DU en médecine d'urgence, d'un DU en soins infirmiers d'urgence et d'un plan de formation continue, d'organisation de formations continues à destination du personnel hospitalier et pré-hospitalier doivent y concourir.

- R2 : Les conditions d'accueil des services d'urgences hospitalières sont améliorées via la réhabilitation des services, et la dotation en équipements et intrants, nécessaires à la prise en charge de qualité des urgences vitales liées aux trois pandémies, selon une approche sensible au genre.

Les travaux de réaménagement, les opérations d'achat d'équipements et d'intrants doivent permettre d'améliorer significativement les conditions de travail du personnel de santé ainsi que d'améliorer et de sécuriser les conditions d'accueil des patients.

- R3 : Le référencement des cas d'urgences vitales liées aux trois pandémies est amélioré via le renforcement de capacités des acteurs communautaires.

Les formations à destination des tradipraticiens, des agents de santé communautaires et la sensibilisation communautaire doivent permettre d'améliorer la reconnaissance des situations nécessitant une hospitalisation d'urgence au niveau inférieur de la pyramide sanitaire.

- R4 : Le suivi post-urgences des cas d'urgences vitales est amélioré via le renforcement des liens entre hôpitaux et acteurs communautaires, dont les OBC, notamment pour les cas de VIH et de tuberculose multi-résistante.
- R5 : Des données scientifiques sexo-spécifiques concernant la place des urgences dans les itinéraires thérapeutiques sont disponibles à travers la réalisation d'études, pour informer les acteurs techniques et politiques hospitaliers
- R6 : Les acteurs techniques et politiques hospitaliers améliorent leurs connaissances sur la place des urgences dans les itinéraires thérapeutiques sur la base de la diffusion d'études scientifiques.

Les zones d'intervention du projet s'étendent sur les quatre régions naturelles du pays — la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée forestière — ainsi que sur la capitale, Conakry. Au total, dix structures de santé sont appuyées, parmi lesquelles l'hôpital national Ignace Deen, les hôpitaux régionaux d'Enta-Nord, de Boké, de Kindia, de Mamou, de Labé, de Faranah, de N'Zérékoré et de Kankan, ainsi que l'hôpital préfectoral de Siguiri. Dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours du projet, la mission vise à apprécier, au regard des objectifs et du cadre logique, la pertinence et l'efficacité de l'intervention, ainsi qu'à formuler des recommandations destinées à consolider les acquis et à optimiser la mise en œuvre. Ces recommandations porteront notamment sur les orientations stratégiques, les dispositifs de pilotage et de suivi-évaluation, ainsi que sur la gestion des ressources humaines, matérielles et financières.

#### **4. Les principaux résultats depuis le démarrage du projet**

##### **a. Transversale**

Développement du plan de S&E et identification des valeurs de référence des indicateurs (baseline).

Mise en place des capacités du projet : recrutement et formation du personnel, achat des équipements.

Réalisation de l'étude genre et élaboration du plan d'action genre du projet.

##### **b. Composante 1 : Amélioration de la qualité de la prise en charge des urgences vitales liées aux trois pandémies**

##### **Volet ressources humaines en santé**

- Achat, livraison et installation des matériels de simulation à l'UGANC ;
- Développement du Diplôme Universitaire en médecine d'urgence et soins infirmier d'urgence ;

- Recrutement des experts pour l'analyse situationnelle du Diplôme Universitaire en médecine d'urgence et soins infirmier d'urgence ;
- Réalisation de l'analyse situationnelle du Diplôme Universitaire en médecine d'urgence et soins infirmier d'urgence par les trois experts nationaux désignés par le doyen de la faculté des sciences et techniques de la santé de l'UGANC ;
- Atelier de validation de l'analyse situationnelle organisé du 7 au 9 mai, avec la participation de 46 représentants issus de diverses institutions : MSHP, METFPE, IPPS, CNFRSR, UGANC, ANSS, PNLP, PNLSH, CERFIG, Croix-Rouge guinéenne et française, CEA-PCMT, les trois experts nationaux, Expertise France ainsi que les dix points focaux des sites bénéficiaires. Cet atelier a permis de valider les résultats de l'analyse situationnelle et de définir les compétences attendues pour chacun des deux diplômes universitaires ;
- Organisation de l'atelier de restitution de l'analyse situationnelle du Diplôme Universitaire en médecine d'urgence et soins infirmier d'urgence ;
- Organisation des ateliers d'élaboration et de validation du curriculum des du Diplômes Universitaires en médecine d'urgence et en soins infirmiers d'urgence ;
- Création officielle du Diplôme Universitaire en médecine d'urgence et en soins infirmiers d'urgence (soumission du dossier à l'Université, et signature de l'acte officiel de création des diplômes) ;
- Organisation des missions de formation continues par les partenaires internationaux (ONG EDA, Santé Sud, ACAUPED et les CHU d'Angers, de Strasbourg, Bordeaux) auprès des personnels hospitaliers sur les sites.

### **Infrastructures et équipements**

- Mission d'état des lieux en besoins d'infrastructures et équipements des services d'urgence a été réalisée dans les 10 hôpitaux couverts par le projet ;
- Achat des équipements et matériels biomédicaux, en attente de la livraison par l'entreprise MICHIELS ;
- Recrutement d'un bureau d'études CAAT pour la réalisation des études de réhabilitation des services d'urgence des hôpitaux de N'Zérékoré, Faranah, Kankan et Siguiré ;
- Réalisation de l'étude d'Avant-Projet Sommaire (APS) et de l'Avant-Projet Détaillé (APD) des travaux réhabilitation des services d'urgences.

#### **c. Composante 2 : Prises en charge précoces et du suivi post-urgences**

- Organisation des réunions avec la direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle (DNSMT) pour discuter de la formation des agents de santé communautaires et des tradi-praticiens ;
- Organisation des réunions de cadrage et de planification des activités de formations des agents de santé communautaires et tradipraticiens avec les formateurs de la DNSMT ;

- Elaboration et lancement des TDR de recrutement d'un consultant pour l'élaboration du plan de communication ;
- Elaboration du cahier des charges des Organisation à Base Communautaire ;
- Lancement de l'appel à candidature des Organisation à Base Communautaire.

#### **d. Composante 3 : Etudes et Recherche**

Elaboration et validation le protocole de l'étude par le Comité d'éthique nationale

Inscription des mastérants et doctorants santé publique et anthropologie sur financement du projet

Organisation de travaux de collecte et d'analyse en santé publique et en anthropologie

Restitution des résultats des enquêtes sur les sites de Conakry, Kindia, Mamou, Siguiri et N'Zérékoré. Cette restitution a eu lieu avec les IRS, les DPS, les directeurs d'hôpitaux, et le personnel des urgences.

### **5. Objectifs de l'évaluation à mi-parcours**

#### **e. Objectif général**

La présente évaluation à mi-parcours vise à fournir aux parties prenantes — notamment Expertise France, le Ministère de la Santé, L'Initiative et les autres partenaires de mise en œuvre — une appréciation des réalisations du projet, à en tirer des enseignements, à identifier les bonnes pratiques et à formuler des recommandations pour la poursuite de l'intervention. Ce en vue de favoriser l'atteinte des résultats attendus, d'en assurer la pérennité et d'éclairer les ajustements nécessaires à la mise en œuvre du projet.

#### **f. Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques de la mission sont :

##### **OS1– Analyse stratégique et institutionnelle**

- Évaluer la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience, l'impact, et la durabilité du projet ;
- Porter une attention particulière aux actions des partenaires internationaux et nationaux mobilisés dans la mise en œuvre du projet afin d'examiner si les actions mise en œuvre sont conformes au cahier des charges prévu ;
- Examiner la capacité du Ministère de la Santé via la DNEHPP à intégrer les acquis (ex. diplômes universitaires, le circuit patient, protocoles de prise en charge...) ;

##### **OS2 – Analyse des effets obtenus après deux ans de mise œuvre**

- Documenter les changements constatés chez les professionnels de santé, bénéficiaires directs des formations de courte durée du projet (*transfert de compétences/appropriation/changement des pratiques de ces professionnels*) ;

- Evaluer la capacité des structures de santé en termes d'accueil et de parcours des patients, de la qualité des soins ;
- Identifier les effets induits (non anticipés) et impacts directs/indirects générés par les interventions du projet.

### **OS3 – Qualité et satisfaction**

- Évaluer le niveau de satisfaction du personnel des services d'urgences par rapport à la qualité des formations et les outils mis à disposition par le projet : kits d'urgences, gestion des armoires d'urgences, feuilles de surveillance, protocoles de prise en charge, surveillance transfusionnelle, gestion des banques sanguines, feuille de suivi hebdomadaires des ambulances, registre des recettes des dépenses des ambulances, registre de maintenance préventives et curatives, check-list de prise de fonction, feuille de répartition du personnel aux urgences, le système de tri à l'entrée et au service des urgences et tout le système pré hospitalier ;
- Evaluer le niveau d'application des connaissances acquises pendant les formations et par les outils mis à disposition par le projet.

### **OS4 – Transversalité genre**

- Evaluation de la mise en œuvre du plan d'action genre.

### **OS5 – Recommandations**

- Formuler des recommandations (choix des partenaires, logique d'intervention, coordination...), le cas échéant les résultats du projet pour les deux années restantes ;
- Proposer des pistes de réponse réalistes et adaptées pour de futures interventions ;
- Proposer une réflexion sur la pérennisation des deux diplômes universitaires (médecine et soins infirmiers d'urgence) ;
- Proposer des recommandations sur les partenariats en matière de formation continue pour favoriser leur ancrage dans la durée et post-projet ;
- Formuler des recommandations opérationnelles, priorisées et actionnables.

#### **g. Critères et questions d'évaluation**

L'évaluation à mi-parcours sera effectuée sur la base des critères de l'OCDE incluant la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité, et l'impact.

<b>Critères</b>	<b>Question d'évaluation</b>
<b>Pertinence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure le projet contribue-t-il actuellement aux priorités nationales de renforcement du système de santé et des ressources humaines en santé dans les services d'urgence ? Cette contribution a-t-elle évolué depuis le début du projet, et le cas</li> </ul>

	<p>échéant, comment l'approche a-t-elle été ajustée pour maintenir l'alignement avec ces priorités ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel rôle a joué le volet recherche dans la mise œuvre du projet ?</li> <li>• Les stratégies et les activités prévues par le projet correspondent-elles aux besoins actuels des différentes parties prenantes ? Ces besoins ont-ils évolué depuis la conception initiale, et si oui, quelles seraient les priorités d'ajustement pour renforcer la pertinence du projet ?</li> <li>• Le modèle (formation + équipements + organisation) fonctionne-t-il réellement ?</li> <li>• Est-il répliquable / scalable ?</li> <li>• Est-ce que la stratégie partenariale du projet est adaptée ? les partenaires de mise en œuvre répondent ils aux attentes ?</li> </ul>
<b>Cohérence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des synergies d'action ont-elles été mises en œuvre ou sont-elles en cours entre le projet Urgences hospitalières et les autres interventions d'Expertise France en Guinée dans le domaine de la santé ? Dans quelle mesure l'articulation avec les stratégies nationales de santé est-elle effective dans la mise en œuvre ?</li> </ul>
<b>Efficacité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De façon générale, quels changements (positifs, négatifs, attendus ou inattendus) le projet a-t-il générés à mi-parcours pour les différentes parties prenantes (personnels de santé, patients, autorités sanitaires, etc.), et au niveau des services d'urgences ? Quels effets préliminaires peut-on attribuer au projet ?</li> <li>• La modalité de formation continue ponctuelle délivrée par les partenaires est-elle efficace au regard des objectifs de montée en compétences ?</li> </ul>
<b>Efficiences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les coûts prévisionnels pour les principales activités (développement des diplômes universitaires, formations continues sur site, achats d'équipements) étaient-ils justifiés et réalistes au regard des réalisations effectives à mi-parcours ? Des dépassements ou des économies significatives sont-ils à signaler ?</li> </ul>
<b>Durabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À mi-parcours, dans quelle mesure les mécanismes d'appropriation par les acteurs locaux, de renforcement des capacités, de partenariat et de coordination entre les parties prenantes contribuent-ils déjà à poser les bases d'une pérennisation des acquis du projet ? Quels signes d'appropriation ou de viabilité institutionnelle sont observables ?</li> </ul>

<b>Impact/Effet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des signes ou preuves de changement (dans les pratiques, les comportements, les indicateurs de santé, etc.) sont-ils observables ? Quels facteurs (interne ou externes) ont contribué à ces changements ?</li> </ul>
<b>Genre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À mi-parcours, quelles contributions concrètes du projet à la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes peut-on identifier dans ses actions (accès aux services, participation, prise de décision, niveau de satisfaction des bénéficiaires en fonction du genre, etc.) ? Les besoins spécifiques des femmes et des groupes vulnérables (personnes vivant avec un handicap, populations éloignées, etc.) ont-ils été identifiés et pris en compte dans la conception et la mise en œuvre du projet ? Si oui, de quelle manière et avec quels effets observés ?</li> </ul>
<b>Suivi-évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les systèmes de collecte et de suivi des données mis en place permettent-ils un suivi fiable et régulier des résultats ?</li> </ul>

#### **h. Méthodologie et durée du travail**

L'évaluateur.trice proposera la meilleure approche méthodologique en fonction des objectifs de l'évaluation dans son offre méthodologique. Elle sera ensuite validée lors de la phase de cadrage. Des guidances méthodologiques sont cependant proposées ci-dessous et devront être prises en compte.

La méthode de travail retenue est composée des phases suivantes :

##### 1) Phase de cadrage

Une réunion de cadrage sera organisée avec le consultant pour asseoir une compréhension commune de l'évaluation. Après cette réunion, le consultant réalisera une revue documentaire des différents livrables produits sur le projet (rapports techniques semestriel, rapports d'activités des partenaires, le rapport de l'étude baseline, la base de données des bénéficiaires des formations sur site, les rapports pré et post test des formations, le cadre logique...).

Le prestataire devra produire un rapport de cadrage de l'évaluation qui sera validée par le comité de pilotage de l'évaluation. Ce rapport comprendra la compréhension du projet, des objectifs de l'évaluation, la reformulation des questions évaluatives, une proposition de méthodologie, une matrice d'évaluation, un chronogramme des activités et des premières versions des outils de collecte de données.

##### 2) Phase de collecte de données

- **Poursuite de la revue documentaire du projet**

- **Collecte de données qualitatives** (entretiens et/ou focus groups) – les acteurs ci-dessous devront être rencontrés :
- L'équipe projet Urgences hospitalières et le bailleur ;
- Point focal national Urgences hospitalières – MSHP (DNEHPP, SNPS) ;
- Les partenaires de mise en œuvre du projet :
  - **Formation continue** : CHU d'Angers, de Strasbourg et de Bordeaux ; ONG EDA, Santé Sud et ACAUPED ; Programmes verticaux : Paludisme, Tuberculose et VIH/SIDA ; Institut Supérieur de Technologie Mamou (IST), Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ; Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle (DNSCMT) ;
  - **Formation initiale** : Centre d'Excellence Africain - Prévention et Contrôle des Maladies (CEA-PCMT) ;
  - **Volet recherche** : Centre de Recherche en Infectiologie de Guinée (CERFIG).

Un échantillon de personnes ayant participé aux formations pourra également être interrogé pour évaluer les effets et la pertinence des modalités de formation.

- **Collecte auprès d'un échantillon de services d'urgences – (Parmi les 10 services d'urgences ciblés par le projet)**
- **Si pertinent – une collecte de données par questionnaire pourra être réalisée auprès des personnes formées par le projet afin d'identifier l'appropriation à moyen-terme des formations**

Ensuite, le consultant produira la première version du rapport d'évaluation, puis les commentaires et observations seront fait par les commanditaires.

Enfin, après prise en compte des observations et commentaires des parties prenantes, un atelier sera organisé pour présenter et valider le rapport final.

### 3) Phase d'analyse et de rédaction des rapports

#### - **Rédaction d'un rapport provisoire**

A l'issue de la phase d'analyse, un rapport provisoire sera produit. Cela servira de support à une réunion entre le prestataire et le groupe de pilotage de l'évaluation. Celle-ci permettra principalement :

- De partager et discuter les conclusions provisoires relatives aux questions d'évaluation ;
- De s'assurer que ces conclusions soient suffisamment étayées et d'identifier d'éventuelles lacunes d'analyse qui nécessiteraient un complément d'analyse ;
- D'ajuster leur formulation pour aboutir à une production collective des conclusions définitives ;
- De co-construire les recommandations issues de l'évaluation.

#### - **Un rapport final définitif et synthèse**

Un rapport définitif, intégrant les observations du groupe de pilotage et recommandations identifiées sera par la suite produit par le.s consultant.e.s. Ce rapport devra aussi intégrer les éléments de preuve issues de la collecte de données qui sous-tendent les appréciations du.des consultant.es (verbatim, graphiques ou infographies issues données de suivi...). Une synthèse devra être produite permettant de mettre en avant les principaux résultats et changements du projet ainsi que les leçons apprises.

Si les observations faites expriment des différences d'appréciation non partagées par les consultants, celles-ci peuvent être annexées au rapport définitif et commentées par les consultants.

#### **Phase de restitution et de diffusion**

Une fois le rapport validé, le.s consultant.e.s animeront un atelier de restitution pour présenter les résultats principaux de l'évaluation et diffuser les leçons identifiées et documentées lors de l'évaluation. Cet atelier sera principalement destiné aux parties prenantes du projet.

**Durée totale** : 45 jours ouvrés, allant du 01 juin au 15 juillet. Expertise France assurera les frais liés à la consultation incluant le billet d'avion aller et retour du consultant.

#### **i. Rôles du consultant**

Le consultant supervisera le travail de la mission d'évaluation et sera responsable de la rédaction de tous les documents y afférents. En lien avec l'Equipe projet au bureau Conakry, il sera également amené à participer à l'organisation des rencontres et ateliers de travail.

Dans sa démarche de revue documentaire, le consultant travaillera, comme évoqué plus haut, en collaboration avec les différents partenaires.

#### **j. Livrables attendus**

Les livrables suivants sont attendus, en format Word et PDF :

- Note de cadrage/méthodologie de travail validée ;
- La base de données des acteurs interrogés ;
- Rapport synthèse de validation ;
- Rapport final de mission d'évaluation à mi – parcours du projet ;
- Présentation PowerPoint des résultats de l'évaluation.

#### **k. Langues**

La langue de travail sera le français.

### **6. Exigences du poste/profil du consultant**

#### **a. Profil du consultant**

La mission d'évaluation sera conduite par un expert ou un cabinet spécialisé en

évaluation des projets/programmes dans le domaine de la santé ou tout autre domaine pertinent. Il doit avoir une solide expérience dans la formulation et/ou l'évaluation de programmes/projets. Avoir évalué des projets/programmes au compte d'institutions internationales telles que : Expertise France, L'Initiative, AFD, UE.

Il doit répondre au profil suivant :

- Être titulaire d'un diplôme de gestion de projet, Suivi et Evaluation de programme de préférence (Bac +5 ou plus) avec spécialisation en santé publique ou en sociologie ;
- Être titulaire d'un certificat en Suivi-évaluation ;
- 5 à 10 années d'expérience en évaluation et/ou écriture de documents de synthèse sur des projets ;
- Avoir la maîtrise des méthodes quantitative et qualitative ;
- Avoir une compétence solide en collecte, le traitement et analyse des données quantitative et qualitative ;
- Avoir une expertise avérée dans l'utilisation des logiciels de collecte et d'analyse statistique (Kobo collect, SPHINX, SPSS, STATA, Epidata....) ;
- Avoir conduit une étude en santé est un atout ;
- La connaissance du système de santé guinéen ;
- Expérience en Suivi-évaluation de projet est obligatoire ;
- Une expérience avec les programmes financés par Expertise France, L'Initiative, UE et l'Agence Française de Développement (AFD) en particulier est un atout ;
- Excellent esprit analytique et de synthèse ;
- Très bonne capacité rédactionnelle ;
- Parfaite maîtrise du Français ;
- Très bonne capacité de présentation orale et de dialogue ;
- Maîtrise des outils informatiques Word, Excel et Powerpoint.

#### **b. Documents à mettre à la disposition du consultant**

- La fiche de présentation du projet ;
- Le cadre logique du projet ;
- Rapports de mise en œuvre du projet ;
- Rapports de mise en œuvre du projet des différentes partenaires ;
- Liste des parties prenantes à rencontrer.

### c. Documents à fournir par le consultant

- Offre technique incluant la méthodologie d'évaluation qu'il va utiliser en précisant les outils d'évaluation et un chronogramme détaillé ;
- Offre financière détaillée ;
- CV incluant les références correspondant aux évaluations déjà réalisées ;
- Un RCCM du cabinet qui portera le consultant.

### d. Date de mission

L'évaluateur devra être disponible pour réaliser la mission de juin à juillet 2026.

## 7. Critère d'attribution du marché

### e. Ouverture des plis

L'ouverture des plis se fera en séance plénière en présence de membres de l'équipe projet.

Après cette étape d'ouverture, l'évaluation des offres se fera en trois phases, à savoir :

- ✓ La vérification des dossiers de candidature pour déterminer leur éligibilité à passer à la prochaine étape ;
- ✓ L'évaluation technique et administrative ;
- ✓ L'évaluation de l'offre financière.

### f. Modalités de sélection des propositions

Vérification des dossiers de candidature

Pour passer à l'évaluation technique et administrative, les offres doivent obligatoirement remplir à la fois les conditions ci-après :

- Être soumises dans les délais ;
- Soumissionnaire étant reconnu en tant que Consultant indépendant ou Cabinet d'étude légalement constitué ;
- Être composées, à la fois, d'une offre technique et d'une offre financière ;
- L'offre doit contenir toutes les pièces énumérées au **point c du titre 6 (documents à fournir)**.

La non-soumission de l'un de ces documents est éliminatoire.

### Evaluation technique

Les offres techniques sont notées sur 70 points au total. Seuls les Candidats dont les offres techniques auront totalisé 70 points passeront à l'évaluation financière.

Les propositions/soumissions seront évaluées sur les aspects suivants :

- Une Offre technique incluant la méthodologie proposée et un chronogramme détaillé de mise en œuvre ne dépassant pas la durée prévue (50 points ;

- Une description de l'expérience du prestataire (CV) : consultant individuel ou Cabinet, y compris dans le domaine de l'évaluation des projets (15 points) ;
- Les attestations des services rendus avec satisfaction pour les travaux similaires antérieurs réalisés (05 points).

### **Evaluation financière**

L'analyse de l'évaluation financière sera pondérée à 30 points et tiendra compte de la cohérence entre la méthodologie proposée et le budget soumis mais aussi de l'enveloppe disponible pour prendre une décision finale.

### **8. Budget et rémunération**

L'offre financière détaillée sera revue et analysée sur la base des grilles de rémunération d'Expertise France, qui se réserve le droit de négocier le montant.

La rémunération sera basée sur la soumission et acceptation des livrables sur la base des critères explicatifs ci-dessus, ainsi que sur le nombre de jours travaillés avec fourniture des pièces justificatives correspondantes (dont feuilles de temps, factures et justificatifs des frais).